

Departamento de Salud del Condado Riley

CONFIRMACION DE RECIBO

DEL DOCUMENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

(Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices)

Yo Confirmo que el Departamento de Salud del Condado Riley me ofrecieron una copia del documento de Procedimiento y Protección de las Practicas de Privacidad con fecha de efectividad de Abril 2019.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Representante del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Paciente

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente en letra de Molde

\_\_\_\_\_  
Fecha

**La original deberá de ser mantenida en el historial médico permanente de Paciente.**